

ДОСВІД ОБРОБЛЕННЯ ЛОЖА ЖОВЧНОГО МІХУРА З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ТАХОКОМБ ТА СУРДЖИСЕЛ

М. А. Каштальян, В. Ю. Шаповалов, О. Б. Тимчук, О. О. Тімуш, В. В. Шитря

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса,
Одеський державний медичний університет

В останні десятиліття спостерігають значне зростання захворюваності на калькульозний холецистит, що, в свою чергу, призводить до збільшення кількості операцій на позапечінкових жовчних протоках та жовчному міхурі, і відповідно, зросла частота післяопераційних ускладнень, особливо при деструктивних формах холециститу. Ці ускладнення пов'язані з неадекватним обробленням ложа жовчного міхура, що в наступному може призвести в післяопераційному періоді до жовчовиділення, розвитку підпечінкових абсцесів, післяопераційного перитоніту, кровотечі. Нами проаналізований досвід оброблення ложа жовчного міхура за допомогою гемостатичних покриттів тахокомб та сурджисел.

За період з 2001 р. по даний час в клініці виконано 2394 лапароскопічних оперативних втручання з приводу калькульозного холециститу, з них в 748 пацієнтів виявлені деструктивні форми запалення жовчного міхура. В випадках хронічного та катарального холециститу надійного гемостазу з ложа міхура вдається досягти, використовуючи моно— та біполярну електрокоагуляцію. При наявності деструктивних форм холециститу, склерозі жовчного міхура, ознаках циротичного ураження печінки електрокоагуляція не завжди ефективна. В таких випадках проводили аплікацію на ложе жовчного міхура пластин тахокомб та гемостатичної сітки сурджисел. Тахокомб застосовували в 36 випадках, сурджисел — в 38 випадках. У всіх випадках вдалось досягти надійно-

го гемостазу з ложа міхура. Конверсій та летальних випадків в обох групах не було. Дренування підпечінкового простору здійснювали через 5 мм лапаропорт в правому підребер'ї поліхлорвініловим дренажем, при деструктивних формах холециститу з розвитком навколomіхурового абсцесу, інфільтрату — додатково вводили силіконовий дренаж з активною аспірацією через 10 мм лапаропорт в надчеревній чи правій підреберній ділянці.

До переваг тахокомбу слід віднести його ефективність не тільки для припинення кровотечі з ложа, а і попередження в післяопераційному періоді жовчовиділення. Недоліком тахокомбу є необхідність його подрібнення на частинки розміром до 10 мм для введення через лапаропорт. Аплікацію препарату на ложе міхура проводимо "марочним" методом. Перевагою сурджиселу є можливість проведення електрокоагуляції поверхонь, на які вже аплікований препарат.

Спосіб оброблення ложа жовчного міхура для досягнення надійного гемостазу та профілактики післяопераційного жовчовиділення при деструктивних формах холециститу має вибиратися в кожному конкретному випадку індивідуально, не виключаючи застосування таких методів, як моно— та біполярна електрокоагуляція, ультразвуковий гармонійний скальпель, аргонне зварювання.

АЛОПЛАСТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА

І. В. Козань, О. З. Бойченко

Клінічна лікарня "Феофанія" ДУС, м. Київ

В останньому десятилітті спостерігається ріст захворюваності післяопераційними грижами живота, що пов'язане із збільшенням кількості операцій на органах черевної порожнини, розширенням обсягу оперативних втручань, збільшенням числа повторних операцій, постійним ростом серед оперованих осіб похилого і старечого віку.

При складних дефектах черевної стінки, особливо при багаторазово рецидивуючих грижах відбуваються глибокі морфофункціональні зміни в м'язах черевного пресу і фасціально—апоневротичних структурах з порушенням іннервації і кровопостачання. Суттєве значення має також так званий феномен "дримаючої інфекції". Міцність таких тканин низька, тому навіть при незнач-

ному натяжінні відбувається її прорізування і розволокнення.

При пластиці великих дефектів укріпити черевну стінку, уникнувши натяжіння по лінії швів, практично неможливо. Впровадження в практику алопластичних матеріалів значно розширило можливості ефективного лікування хворих з великими грижами живота.

Сучасні полімерні матеріали мають достатню міцність, еластичність, біологічну інертність.

Ми маємо досвід лікування 106 хворих з післяопераційними грижами живота, яким герніопластика була виконана з використанням алопластичних матеріалів: проленова сітка фірми "Auto Suture" — у 70 хворих і сітка "Ультрапро" ("Ultrapro") — у 36.